

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

1100

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

CAPOEN Maurice

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 11 Novembre 1929 à LANDEPEREUSE (Eure)

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DE DEUX CAS DE MENINGITE
A LISTERIA MONOCYTOGENES DE L'ADULTE
CONTRIBUTION A L'ETUDE DES LISTERIOSES HUMAINES

Président : Mr. P. MOLLARET, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS.V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

CAPOEN Maurice

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 11 Novembre 1929 à LANDEPEREUSE (Eure)

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DE DEUX CAS DE MENINGITE
A LISTERIA MONOCYTOGENES DE L'ADULTE
CONTRIBUTION A L'ETUDE DES LISTERIOSES HUMAINES

Président : Mr. P. MOLLARET, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V°



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE

2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	LEGER (L.)
	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
	OLIVIER (Cl.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales	SOULIÉ (P.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	BROUET (G.)
	BARIÉTY (M.)
	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale	DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine

{ BOUËR (H.)
LHERMITTE (F.)
PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	ABELANET (R.) BUSSEY (F.) CHOMETTE (G.) COUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.) BAILLIEU Et. m. conf.
Biochimie médicale	BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRÜH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.) DEROBERT (L.), pr. s. ch.
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.) BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) GERBONNET (G.) CHATELIN (G.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie chirurgicale	SCHNEIDER (J.)
Pathologie exotique	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.) JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pathologie expérimentale	
Pathologie médicale	
Pédiatrie-Puériculture	

	MM.		MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pneumo phthisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{re} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
		Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DFSIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (G.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)	
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je dédie ce travail

A mes Parents,

A ma femme,

A mon fils,

A mes beaux-parents,

A toute ma famille,

A mes amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543732_0013

A mon Maître Monsieur le Professeur P. MOLLARET

Qui nous a fait l'honneur d'accepter de présider
cette thèse.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre respectueuse
reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a donné.

A Monsieur le Professeur Agrégé Vic DUPONT

Qui nous a aidé dans l'élaboration de cette thèse.

Avec nos remerciements respectueux.

A mes Maîtres en Externat

A mes Maîtres des Hospices civils de Soissons.

En hommage de respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer deux cas de méningite à " LISTERIA MONOCYTOGENES " :

- l'un dans le service du Docteur DANSAC à l'hôpital de Soissons chez un homme de 59 ans.
- l'autre, grâce à la bienveillance de Monsieur le Professeur MOLLARET à l'hôpital Claude-Bernard chez un homme de 48 ans.

Les affections à LISTERIA MONOCYTOGENES ou listérioses de l'espèce humaine sont de mieux en mieux connues car les observations s'en multiplient, surtout depuis une quinzaine d'années.

Auparavant, les observations de listérioses étaient surtout animales et c'est d'ailleurs chez l'animal que le germe a été découvert.

Cette découverte remonte à 1911 et fut faite par le Suèdois HULPHERS lors de l'examen post-mortem d'un lapin mort de septicémie. Il trouva de nombreux foyers de nécrose dans le foie et appela le germe " bacillus hépatitis ".

En 1926, à Cambridge, MURRAY, WEBB et SWANN retrouvèrent le même germe en étudiant une épidémie dans un élevage de lapins et de cobayes, mais ils l'appelèrent " Bactérium Monocytogenes " à cause de la monocytose de la formule sanguine.

En 1927, PIRIE (Afrique du Sud) découvrit un germe semblable chez des animaux présentant les signes de la " Maladie de la Rivière Tigre " et l'appela " LISTERELLA MONOCYTOGENES ".

En 1931, GILL en Nouvelle-Zélande retrouva le germe chez des moutons atteints d'encéphalite et l'appela " LISTERELLA OVIS ".

Depuis 1939, la dénomination internationale est " LISTERIA MONOCYTOGENES ".

La première observation humaine est généralement attribuée à l'Australien ATKINSON qui, en 1915, rapporte une épidémie de 5 cas chez des enfants d'âge scolaire.

En 1931, DUMONT et COTONI publièrent dans les Annales de l'Institut Pasteur leur découverte dans le liquide céphalo-rachidien d'un soldat italien décédé en 1918 de méningite aiguë, d'un germe identifié par la suite comme " listéria monocytogenes ".

Depuis, les cas se sont multipliés dans tous les pays du monde, mais il semble que les plus nombreux viennent d'Europe Centrale.

Ainsi, POTEL, décrivit en 1951 la septicémie du nouveau-né humain sous le nom de " GRANULOMATOSIS INFANTISEPTICA ".

En 1957, il faisait état de 80 cas personnels de listériose.

SEELIGER en 1954, publia une monographie basée sur 291 cas bactériologiquement confirmés dont 20 seulement antérieurs à 1945.

En 1960, CLAYPOOL et Coll. observaient qu'il y avait eu 40 cas publiés dans la littérature anglaise entre 1957 et 1960.

En 1961, G.ERDMANN faisait état de 171 cas recensés en Allemagne Orientale entre fin 1955 et Juillet 1960.

En France, la première observation publiée est de 1948 (Sédailan) et concerne un enfant de deux ans et demi.

Tout récemment (Mars 1962) LAUMONIER et Coll. faisaient état de 14 cas rencontrés en 2 ans dans la région de Rouen.

Ce rappel historique nous montre que les listérioses tendent à prendre une place de plus en plus grande en pathologie humaine.

La confrontation de nos observations avec les éléments fournis par la littérature va nous permettre de faire le point de nos connaissances les plus récentes à ce sujet.

Notre étude comprendra :

L'exposé de ses observations et,

l'examen successif des données actuelles :

- Cliniques
- Anatomo-pathologiques
- Bactériologiques
- Epidémiologiques
- Thérapeutique

sur les listérioses humaines.

EXPOSE DE L'OBSERVATION N° 1

Monsieur M. Jules, âgé de 59 ans, entre à l'hôpital dans l'après-midi du 17 février 1962 dans un état de prostration voisin du coma avec hyperpyrexie à 40°.

Le début de la maladie, d'après la famille, remonte au plus à 4 ou 5 jours et s'est simplement traduit par un état fébrile avec asthénie, anorexie, céphalées et dorsalgies, la torpeur dans laquelle il se trouve actuellement étant apparue progressivement. C'est, d'ailleurs, cette torpeur qui a conditionné l'appel d'un médecin qui a adressé immédiatement le malade à l'hôpital.

A l'examen :

Malade inconscient, ne parlant pas, mais réagissant très bien aux excitations cutanées.

Réflexe de déglutition conservé.

Réflexe cornéen normal.

Pas de signe localisation.

Réflexe cutané plantaire en flexion.

Examen pulmonaire : léger encombrement des bases.

Examen cardiovasculaire :

Tachycardie à 120

T.A. : 19-10

Artères dures.

Ce qui frappe chez ce malade, ce sont l'intensité de la raideur de la nuque, l'existence d'un Kernig qui conduisent à pratiquer une ponction lombaire. Elle ramène un liquide hypertendu et louche, et, un traitement standard de méningite purulente est aussitôt institué, à savoir :

0,05 g. Streptomycine intrarachidienne
Tétrasyulfamide : 6 g.
Pénicilline : 4 millions.

Examen du liquide céphalo-rachidien.

442 éléments par mm³
60% de polynucléaires
25% de lymphocytes
15% de mononucléaires
Albumine : 0,35 ‰.
Sucre : 0,32 ‰.
Germe non identifié et mis en culture.

Dans les heures qui suivent, l'état du malade ne fait qu'empirer : le coma s'accroît et la température continue à s'élever. Finalement il meurt dans la journée du 18, 24 h. après son arrivée, avec une hyperpyrexie à 42°.

Quelques jours après, le laboratoire répond :

Germe isolé : listéria Monocytogènes.

Une culture est envoyée à l'Institut Pasteur de Lille qui confirme le diagnostic de germe.

Une enquête rétrospective est aussitôt effectuée et nous révèle que le malade était employé au Service des Eaux et s'occupait des goûts.

Il vivait dans des conditions d'hygiène déplorables au contact d'animaux domestiques.

Nous apprenons enfin d'un des vétérinaires de la région qu'il a traité à la même époque dans une commune sise à 25 Km une épidémie de listériose dans un troupeau de moutons.

Toutefois les animaux domestiques que possédait le malade n'ont présenté aucun signe de maladie et aucune notion de contagion ni avec un animal, ni avec un homme malade n'a été retrouvée.

OBSERVATION N°2

Monsieur P. René, âgé de 48 ans, entre à l'hôpital Claude-Bernard le 29 Mai 1962, adressé par le Centre Hospitalier de Corbeil Essonnes pour syndrome méningé.

Le début de la maladie date du 21 Mai 1962 : le soir en rentrant de son travail, le malade ressent brutalement de violentes céphalées surtout frontales et occipitales. La température est à 38°.

Dans la nuit du 21 au 22, les céphalées persistent toujours aussi intenses, avec vomissements alimentaires.

Le 22 au matin, le médecin traitant est appelé et pense à une salmonellose ou à une hépatite virale ; il prescrit :

- Pénicilline
- Streptomycine
- Chloramphénicol
- Cortancyl

Les jours suivants, persistance des céphalées avec nausées permanentes et vomissements intermittents.

La température oscille entre 38°5 et 39.

Le 26 Mai : Alors qu'augmentent les céphalées, que la température atteint 40°, le malade est adressé au Centre Hospitalier de Corbeil Essonnes; devant le syndrome méningé qu'il présente, on pratique aussitôt une ponction lombaire.

Le liquide céphalo-rachidien qui contient :

2040 éléments dont :

- 80 % polynucléaires
- 20 % lymphocytes

Albumine : 0,78 g.

Sucre : 0,49 g.

Chlorures: 5,96 g.

est mis en culture. Malgré le traitement antibiotique reçu pendant 5 jours par le malade, la culture permet d'isoler et d'identifier " listéria monocytogènes ".

Le 29 Mai, le malade est adressé à l'hôpital Claude-Bernard.

La température est à 38°2.

Il se plaint toujours de céphalées.

A l'examen, il présente une raideur de la nuque et un signe de Kernig.

En dehors des signes méningés, l'examen clinique est normal.

Une hémoculture,

un séro-diagnostic de Paul et Bunnell faits dans les jours suivants sont négatifs.

Un antibiogramme pratiqué sur le germe isolé de la culture montre qu'il est sensible à :

Pénicilline

Streptomycine

Chloramphénicol

Erythromycine

Déméthylchlortétracycline

Tétracycline

Spiramycine

Polymyxine

Kanamycine

Flabelline

Le malade qui n'avait pas cessé depuis le début de la maladie de recevoir des antibiotiques (Pénicilline, Streptomycine, Chloramphénicol, Sanclomycine) reçoit à partir du 1er Juin :

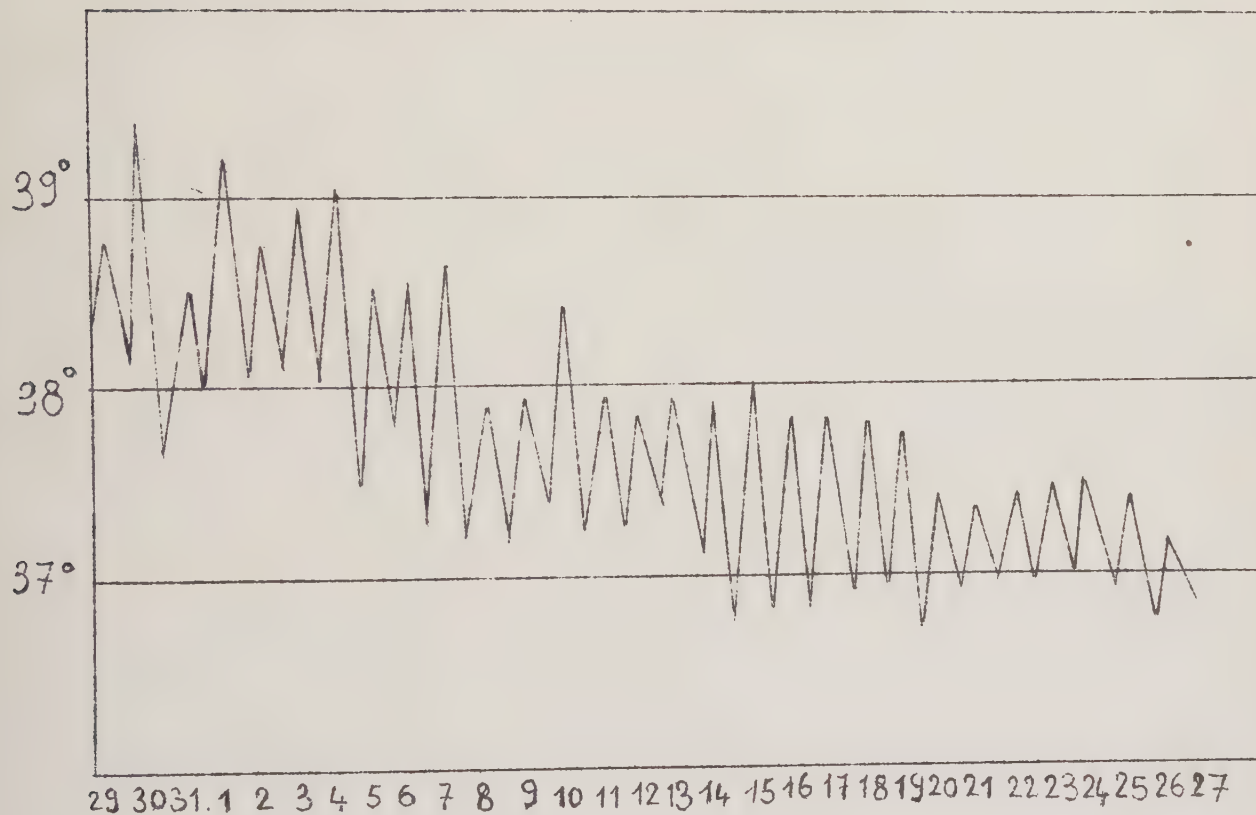
4 g. Tifomycine par jour.

4 g. Flabelline en perfusion intraveineuse par jour.

L'évolution est suivie sur :

- La courbe de température.
- Des ponctions lombaires répétées.

Les tableaux suivants permettent d'en suivre les résultats.



DATES	ELEMENTS	ALBUMINE	GLUCOSE
26/5	2040 (80% Poly. (20% Lymph.	0,78	0,49
29/5	825	1,40	0,45
31/5	900 P: 55 L: 35	0,80	0,45
4/6	150 P: 16 % L: 84 %	0,50	0,55
15/6	33 Lympho.	0,50	0,60
26/6	65 Lympho.	0,55	0,60

Le malade reçoit de la Tifomycine pendant 19 jours et de la Flabelline pendant 16 jours.

IL sort guéri le 27 Juin, soit après un total d'un mois d'hospitalisation.

Au point de vue épidémiologique, on ne note aucun élément digne d'intérêt.

Le malade est chauffeur de poids lourds; il n'a pas d'animaux domestiques et n'a été en contact semble-t-il avec aucun malade.

Ainsi, nous avons été en présence de deux formes méningées de listériose.

La première, vue après quelques jours d'évolution et traitée seulement à ce stade a été rapidement fatale.

La seconde, diagnostiquée seulement après une semaine d'évolution, mais traitée par antibiotiques dès le début a guéri sans séquelles.

Quels aspects peuvent présenter les listérioses humaines à la lumière des observations qui en ont été publiées ?

C'est ce que nous allons étudier maintenant en y intégrant les faits que nous avons observés.

Nous allons voir d'abord les aspects cliniques.

LES ASPECTS CLINIQUES.

Les méningites et les atteintes nerveuses en général représentent d'après Seeliger et Murray 33 % des listérioses.

Elles se voient chez :

- le nouveau-né
- le nourrisson
- l'enfant
- l'adulte
- le vieillard

Il faut distinguer les méningites pures des encéphalites et méningo-encéphalites.

I - Les méningites pures.

- Les signes de début sont multiples et souvent trompeurs :

Gastro-intestinaux

- Anorexie
- Douleurs abdominales diffuses
- Diarrhée
- Météorisme abdominal

Cardiorespiratoires chez le nouveau-né et le nourrisson.

Les auteurs américains signalent la possibilité de céphalées et de dorsalgies dans les jours et même les semaines précédant la phase aiguë.

- A la période d'état, on se trouve le plus souvent, comme dans nos observations, devant un tableau de méningite grave avec :

- Hyperpyrexie
- Céphalées
- Vomissements inconstants

Raideur de la nuque plus ou moins accentuée
amenant à pratiquer une ponction lombaire.

Le liquide céphalo-rachidien est le plus souvent :

Hypertendu

Trouble

Il existe : une hyperalbuminorachie variable

(de 0,30 à 3,56 g. par litre).

une hypoglycorachie (retrouvée dans une de nos
observations) les chiffres pouvant aller de
0,10 g. à 0,50 g.

Le nombre des éléments est variable (300 à 3500).

Certains auteurs ont insisté sur la proportion très grande
de mononucléaires, mais cette " mononucléose " du L.C.R. n'est pas
toujours retrouvée. C'est ainsi que nous avons noté :

60 % Polynucléaires
15 % Mononucléaires dans le 1er cas.

80 % Polynucléaires
20 % Lymphocytes dans le 2ème cas.

CLAYPOOL a remarqué qu'à la phase aiguë , il existait une
formule polymorphe qui laissait le pas après traitement à une formule
à mononucléaires, mais nous n'avons pas observé ce fait.

II - Les encéphalites et les méningo-encéphalites.

En 1956, ECK a décrit 6 cas d'atteintes nerveuses dues à
listéria monocytogènes avec liquide céphalo-rachidien clair.

SOHIER et BENAZET, puis ROBIN ont rapporté des cas semblables.

Les cas d'encéphalites restent néanmoins assez rares.

Les signes sont :

Fièvre

Céphalée

Vomissements

Hyperpyrexie

puis signes très graves d'encéphalite :

Dysarthrie

Dysphagie

Strabisme et diplopie

Somnolence

Coma

L'évolution a toujours été mortelle dans un délai de 36 h. à 3 jours.

A côté de ces encéphalites, il existe des méningo-encéphalites dans lesquelles des signes méningés sont associés à :

- Paralysie des paires crâniennes
- Troubles psychiques (Timofeeva et Coll.)
 - Psychose maniaco-dépressive
 - Hallucinations

Ces formes laissent souvent des séquelles :

- Troubles du langage
- Affaiblissement intellectuel
- Ptosis-Strabisme
- Troubles pseudo-bulbaires
- Diabète insipide (Seeliger)

III - Forme particulière au nouveau-né

Outre les formes précédemment décrites, le nouveau-né peut présenter une forme gravissime, la forme septicémique ou généralisée.

En 1951, REIS et KREBS rapportaient 10 cas.

Par la suite de nombreuses observations ont été publiées par SEELIGER (Allemagne) et REYMOND (Suisse).

KREPPLER et FLAMM ont fait état de 84 cas parmi lesquels 56 prématurés.

Il semble en effet que la forme septicémique se rencontre avec une plus grande fréquence chez des prématurés.

Le début est précoce, dès les premiers jours ou les premières heures après la naissance, on peut voir :

- Hypothermie
- Cyanose
- Troubles du rythme respiratoire avec pauses.
- Hypotonie musculaire
- Disparition des réflexes archaïques
- Torpeur - Somnolence
- Convulsions - Coma

Sur ce fond, apparaissent avec plus ou moins de netteté :

- Des troubles digestifs (incapacité de téter, vomissements, diarrhée).
- Une éruption maculo-papuleuse
- Parfois une petite pustule (dont le pus contient des listéria).
- Parfois un ictère avec purpura et mélaena

Devant de tels symptômes et en l'absence d'un autre diagnostic, il faut rechercher listéria monocytogènes dans le liquide céphalo-rachidien, le méconium, le sang, les urines.

Cette forme est rapidement mortelle en 2 à 3 jours, parfois en quelques heures (M.Lelong).

Les autres formes du nouveau-né, méningites, méningo-encéphalites sont d'un pronostic moins grave mais peuvent néanmoins être mortelles ou laisser de grosses séquelles.

Ainsi G.ERDMANN fait-il rechercher le germe dans le méconium de tous les prématurés afin de pouvoir dépister la maladie le plus tôt possible et la traiter avec les meilleures chances de succès.

IV - Listériose de la femme enceinte

D'après SEELIGER et POTEL la listériose de la femme,enceinte est relativement fréquente; elle est en général bénigne et passe souvent inaperçue.

Dans certains cas, il peut s'agir de phénomènes fébriles fugaces survenant quelques jours ou quelques semaines avant l'accouchement souvent étiquetés grippe ou embarras gastrique.

Dans d'autres cas, on relève des localisations isolées :

ASPECTS CLINIQUES

Vaginite - métrite - pyélonéphrite - cystite.

Il existe des tableaux plus caractéristiques, mais moins fréquents. Ainsi, on a décrit :

- une forme oculo-salivaire avec conjonctivite folliculaire et tuméfaction des glandes salivaires,
- une forme angineuse avec fièvre, gorge rouge, poly-adénopathies, mononucléose sanguine mais Paul et Bunnell négatif et des réactions sérologiques propres à la listériose positives,
- une forme méningée.

Si l'infection parvient jusqu'au fœtus, elle provoque des lésions graves chez ce dernier et aboutit soit à un avortement, soit à un accouchement prématuré ou à terme d'un enfant mort ou gravement atteint. (Forme septicémique vue plus haut).

D'habitude les signes cliniques cessent chez la mère après l'accouchement ou l'avortement.

Potel estime alors que la mère est guérie, les anticorps diminuant au cours des mois suivant l'accouchement. Cependant Seeliger rapporte que dans certains cas d'avortements à répétition où on a recherché toutes les causes classiques sans succès, ces patientes ont réagi positivement aux réactions sérologiques de la listériose. Après traitement, la plupart d'entre elles ont accouché d'enfants sains.

Ainsi la listériose de la femme enceinte passe souvent inaperçue et est souvent révélée par la naissance d'un mort-né ou par l'apparition d'une listériose chez le nouveau-né.

L'idéal serait donc de traiter au stade d'infection maternelle, mais cela est difficile du fait des manifestations mineures.

Tout épisode fébrile de la grossesse sans diagnostic certain peut de ce fait justifier une recherche de la listériose.

V- Une observation suédoise récente rapporte un cas de péricardite à listeria.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'étude anatomo-pathologique est dominée par les travaux de l'école allemande (HAGEMANN et Coll.).

LAUMONIER et Coll. ont récemment publié les résultats de huit autopsies pratiquées sur des malades atteints de listériose.

Leurs conclusions sont comparables à celles de l'école allemande.

Macroscopiquement

L'atteinte nerveuse est constante, soit isolée, soit associée à des lésions viscérales, tous les tissus pouvant être intéressés, avec deux localisations particulières : le foie et les surrénales.

La lésion macroscopique est constituée par un nodule blanc grisâtre ou blanc jaunâtre, arrondi, souvent à peine visible à l'oeil nu; il peut atteindre la taille d'une tête d'épingle ou d'un grain de riz.

Les nodules réalisent " un semis miliaire " à la surface des viscères et sur leur tranche de section.

Cette analogie avec la tuberculose miliaire a pu amener certaines erreurs.

Microscopiquement

Le nodule listérien varie avec son ancienneté. Récent, il est constitué par des cellules parenchymateuses, en dégénérescence, par des histiocytes mononucléés et quelques cellules sanguines.

Plus évolué, le nodule est plus volumineux et comprend deux régions : le centre, amas de cellules nécrosées et la périphérie, constituée d'histiocytes et de cellules parenchymateuses en dégénérescence.

La localisation de ces nodules est péricapillaire.

Ils ont une structure histologique bien individualisée.

La nécrose centrale n'est pas homogène; elle est faite d'un amas de cellules réticulo-endothéliales et parenchymateuses lysées, ce qui la différencie de la nécrose des nodules tuberculeux. Dès le stade initial, l'atteinte des cellules réticulo-endothéliales est prédominante et la mobilisation des polynucléaires seulement contingente, ce qui donne un aspect différent de celui des nodules de foyers septicémiques. S'il s'agit d'abcès complètement différenciés, il existe une couronne périphérique d'histiocytes caractéristique.

Ainsi l'on peut dire qu'il existe un nodule listérien spécifique qui a permis à certains auteurs de faire un diagnostic rétrospectif de listériose, uniquement sur pièces d'autopsie, diagnostic confirmé ensuite par isolement du germe.

BACTERIOLOGIE.

Par suite du polymorphisme clinique que nous avons décrit plus haut, seul le laboratoire permet d'affirmer le diagnostic lorsqu'il aboutit à l'isolement bactériologique et à l'identification de listéria monocytogènes ou lorsqu'il décèle des réactions sérologiques spécifiques.

Certes, il existe fréquemment une mononucléose de la formule sanguine, mais elle n'est pas suffisante à elle seule pour affirmer le diagnostic.

La recherche de listéria peut se faire :

Dans le sang (d'après G.Erdmann, 40 % des hémocultures seraient positives à la phase aiguë de la maladie).

Dans le liquide céphalo-rachidien.

Dans le méconium des nouveaux-nés.

Dans le sang, les urines, les lochies, le placenta des accouchées.

Dans les produits pathologiques, listéria est un petit bâtonnet assez trapu, mesurant 1μ à $1\mu 5$ de long et $0,5\mu$ de large. On le trouve :

Extracellulaire : isolé ou groupé, en V, en petits amas, en " palissades " (pouvant alors être confondu avec des corynébactéries).

Intracellulaire : Dans le cytoplasme des grands mononucléaires.

A l'état frais, c'est un germe mobile dont la mobilité est maximale à 28°.

Cette mobilité est en rapport avec la présence de flagelles dont le nombre varierait avec la température .

Listéria est gram positif.

Caractères culturaux

Les listéria sont aérobies et anaérobies facultatifs.

Le germe se développe bien sur les milieux usuels.

Sa croissance est favorisée par le glucose à la concentration de 0,05 %.

Il est peu résistant à la chaleur, mais très résistant au froid et à la privation d'oxygène.

Sur gélose au sang, les colonies sont entourées d'un halo d'hémolyse.

Listéria noircit la gélose à l'esculine.

Les cultures poussent en 36 h. à 48 h.

Pouvoir pathogène expérimental

Listéria monocytogènes est expérimentalement pathogène pour de nombreux animaux de laboratoire, en particulier pour la souris, le lapin, le cobaye.

Chez la souris : l'injection sous-cutanée ou intra-péritonéale de 1/10 à 1/100 de 6cc de bouillon de culture provoque la mort de la souris en 1 à 8 jours : à la vérification, de nombreux foyers nécrotiques sont retrouvés dans le foie.

Chez le lapin : l'injection sous-cutanée de 1/10 cc de bouillon de culture provoque une réaction locale avec adénopathie satellite et 4 à 5 jours plus tard, une réaction générale avec leucocytose à 16.000 - 18.000 et une mononucléose pouvant atteindre 80 %.

L'instillation d'une goutte de culture dans le cul de sac conjonctival provoque, 24 h. à 48 h. après, l'apparition d'une conjonctivite avec larmolement puis, les jours suivants des sécrétions purulentes qui entraînent hypopion, iritis, opacification et ulcère de la cornée. C'est le test d'Anton.

Le bacille du Rouget du porc ne donne pas de conjonctivite.

Chez le cobaye : l'inoculation sous-cutanée provoque la mort de l'animal en quelques jours comme chez la souris. On peut obtenir une conjonctivite comme chez le lapin.

Le bacille du Rouget du porc se différencie de listéria parce qu'il est immobile, ne noircit pas la gélose à l'esculine et ne donne pas de conjonctivite.

Constitution antigénique

Elle a été étudiée par Seeliger et Paterson.

D'après ce dernier, les listéria dans leur forme flagellée possèdent :

- Quatre antigènes flagellaires (H) A, B, C, D.
- Cinq antigènes somatiques (O) I, II, III, IV, V.

D'après le même auteur, on trouve quatre espèces de listéria dont la constitution antigénique est la suivante :

TYPE	ANTIGENES O	ANTIGENES H
1	I, II, (III)	A, (B)
2	I, II, (III)	(B), D
3	II, (III), IV	A, (B)
4	(III), IV	A, (B), C

Les sérotypes 1 et 4 sont le plus souvent rencontrés et il n'existe pas de différence entre les souches d'origine humaine et animale.

LES METHODES SEROLOGIQUES

Quand les recherches bactériologiques sont impossibles ou négatives, les méthodes sérologiques prennent alors tout leur intérêt, particulièrement chez la femme enceinte, même parfois chez le nouveau-né.

Il existe deux méthodes mises au point par Potel et Secliger:

- une réaction d'agglutination aux antigènes H et O.
- une réaction de déviation du complément.

Pour être significatif, le taux d'agglutination doit atteindre ou dépasser 1/320.

La réaction de déviation du complément est plus sensible, mais dans une infection récente, elle doit atteindre des taux très élevés.

L'évolution de la courbe des anticorps reste assez mal connue : ceux-ci peuvent descendre rapidement à des taux très bas ou au contraire persister pendant des mois à un taux élevé.

Une grande précision technique est toujours requise, mais la méthode sérologique reste irremplaçable dans les cas d'avortement, d'accouchement prématuré inexpliqué ou d'accouchement d'un enfant mort ou décédé peu après la naissance sans qu'une cause ait été décelée.

EPIDEMIOLOGIE

Les données concernant l'épidémiologie des listérioses humaines sont encore mal précisées.

Origine de la maladie

Etant donnée la fréquence électivement animale de la maladie, on considère généralement que l'homme se contamine à partir du réservoir animal.

De nombreux faits sont d'ailleurs en faveur de cette opinion.

- La listériose est plus fréquente chez les ruraux.
- On découvre assez souvent des animaux dans l'entourage du malade.
- Dans les cas excessivement rares où listérioses humaine et animale ont évolué en même temps dans une même exploitation, les mêmes souches ont été isolées de l'homme et de l'animal.

Mais la maladie humaine a-t-elle toujours pour origine une contamination animale ? Il n'est pas encore possible de l'affirmer, car certaines constatations pourraient en faire douter :

La maladie n'est pas notée avec une particulière fréquence chez les bouchers, vétérinaires, charcutiers qui pourtant seraient appelés à être fréquemment contaminés.

Les bergers, porchers, éleveurs en contact des troupeaux atteints de listériose font rarement la maladie.

Aussi, certains auteurs comme Saurat et Lautié ont-ils émis l'hypothèse d'une contamination venant du sol.

Néanmoins, à défaut de preuves formelles, on peut admettre que l'origine de la maladie humaine est le plus souvent animale.

Siège de listéria monocytogènes

A) Dans le milieu extérieur

Certains auteurs admettent son saprophytisme, mais rien dans ce sens n'est démontré; dans ce cas, on le rencontrerait certainement plus souvent dans les cultures de laboratoires.

Nous avons vu que le germe est résistant au froid et au manque d'oxygène. Par ailleurs, des cultures peuvent être conservées pendant 1 à 3 ans au laboratoire.

SANDWICK a montré que le germe pouvait être retrouvé après 3 mois dans le fumier d'une bergerie.

On peut donc admettre que les germes disséminés dans le milieu extérieur par les sujets malades peuvent présenter un danger durable de contamination.

B) Sur les êtres vivants

1 - Les malades sont des véhicules évidents de listéria.

2 - Les porteurs de germes

a) Convalescents : Il semble que la guérison clinique ne soit pas suivie immédiatement d'une guérison bactériologique. Du moins, en est-il ainsi dans plusieurs espèces animales.

Solomkine a décelé la virulence des excréments et des urines 12 à 15 jours après la guérison clinique.

Seeliger a retrouvé des listéria sur des souris contaminées 3 mois auparavant.

De Vries et Goyon ont montré que le lait pouvait rester virulent pendant 3 mois et constituer ainsi une source d'infection pour l'enfant.

b) Porteurs sains

Certains faits expérimentaux sont en faveur de l'existence de porteurs de germes sains :

1) L'isolement de listéria chez des animaux apparemment

indemnes :

GEMDEN et DEVOS admettent l'infection latente du porc.

OSEBOLB et Coll., BACON et Coll., ont révélé l'infection de rongeurs apparemment sains (moufflettes, rats laveurs) capturés dans des régions où sévissait la listériose.

2) L'existence d'anticorps antilistériens chez des hommes et des animaux sans antécédents de maladie listériennes:

72 % des sérums des vétérinaires d'une école de Californie ont agglutiné listéria.

740 porcs sur 890 examinés ont fourni à SICKERT et Coll. des séro-agglutinations positives.

C) Réservoirs de germes.

Les rats et les rongeurs sauvages sont considérés par certains auteurs comme des réservoirs de germes, mais leur rôle n'a jamais pu être démontré de façon très nette, bien que des rongeurs aient été quelquefois à l'origine de certaines enzooties.

Dans notre 1ère observation, l'hypothèse d'une contagion par les rats est possible.

De tous les faits que nous venons d'évoquer, il ressort que les animaux, par leurs infections apparentes et inapparentes sont susceptibles de contribuer et à la conservation du germe et à sa dissémination.

Modès de la transmission

a) Listériose néonatale : Selon la plupart des auteurs, la maladie, d'origine maternelle, se transmettrait au fœtus ou au nouveau-né soit par voie trans-placentaire soit, au moment de l'accouchement, par les germes de la flore vaginale.

En dehors de ces cas, on en est réduit à des hypothèses et nous nous bornerons à exposer certains faits constatés par différents auteurs.

b) Transmission interhumaine

Burn a cité le cas de contamination dans une maternité d'un nourrisson par un nouveau-né atteint de listériose.

LINE et CHERRY ont rapporté l'atteinte de deux enfants nés à 48 h. d'intervalle dans la même maternité, leurs mères occupant une chambre voisine et partageant la même salle de bains.

c) Transmission interanimale

- Chez les animaux domestiques vivant en troupeaux la listériose peut prendre l'aspect enzootique.

- Plusieurs observations témoignent de sa persistance pendant plusieurs années dans une même exploitation.

d) Certains auteurs ont incriminé des insectes (mouches moustiques, ixodes) comme vecteurs ou colporteurs de germes. Ainsi Ixodes Ricinus pourrait contribuer à la conservation de listéria virulents.

Les auteurs américains (Burn, Claypool) et Allemands (Erdmann, Seeliger) envisagent cette possibilité de transmission mais ne peuvent en apporter une preuve certaine.

Modes de contamination

1) Directe : Quelques très rares cas de listériose par contact avec un malade ont été cités.

Certains auteurs évoquent la possibilité d'une contamination vénérienne.

2) Indirecte : Elle semble être le mode le plus habituel :

- Par contact avec des produits contaminés (litières, fumiers) inhalations de poussières virulentes, séjour en milieu infecté, la contamination se faisant par voie cutanée ou voie rhinopharingée.

- Par absorption de produits alimentaires, la contamination se faisant alors par voie digestive.

Ainsi Potel a trouvé le germe dans le lait d'une vache atteinte de mamite, lait qui avait été consommé par une femme atteinte de listériose.

SOREL a montré que des oeufs de poules atteintes de listérioses peuvent renfermer des listéria.

Si l'origine des listérioses humaines semble être le plus souvent animale, les modes de transmission et de contamination ne sont pas encore élucidés; la contamination par produits virulents pénétrant par voie cutanée, rhinopharingée ou digestive semble être la plus fréquente. Quant à la transmission par vecteurs tels que Ixodes, elle reste du domaine de l'hypothèse.

TRAITEMENT

Le traitement antibiotique a beaucoup amélioré le pronostic sévère des listérioses.

Toutefois, ce sont les formes méningées qui restent les plus accessibles à la thérapeutique.

En effet, les formes septicémiques du nouveau-né sont toujours mortelles et les encéphalites sont souvent grevées de lourdes séquelles lorsque leur évolution n'est pas fatale.

Les 14 cas observés récemment par Laumonier et Coll. se répartissent de la façon suivante :

10 nouveaux-nés	(7 septicémies
	(3 méningites
4 adultes	(1 méningo-encéphalite
	(3 méningites

Chez les nouveaux-nés deux méningites sur 3 ont guéri, les 7 septicémies ont été fatales.

Chez les adultes, la méningo-encéphalite a guéri avec une séquelle cochléo-vestibulaire et 2 méningites sur 3 ont guéri.

Des antibiogrammes faits sur toutes les souches isolées ont montré que :

- Toutes les souches étaient sensibles aux sulfamides.
- Les antibiotiques les plus constamment actifs étaient:

Pénicilline
Streptomycine
Chloramphénicol
Kanamycine
Erythromycine
Tétracycline
Spiramycine

La pénicilline doit être employée à fortes doses (de 4 à 10 millions par 24 h. chez l'adulte) mais des résistances peuvent se développer très vite.

Le chloramphénicol et autres antibiotiques buccaux à la dose de 2 à 4 g. par 24 h.

Les auteurs allemands (ERDMANN, SEELIGER) ont obtenu de bons résultats avec une association de :

Pénicilline - Streptomycine - Sulfamides.

Dans notre observation n°2, l'antibiogramme a montré que le germe était sensible à :

Pénicilline	Tétracycline
Streptomycine	Spiramycine
Chloramphénicol	Polymyxine
Erythromycine	Kanamycine
Déméthylchlortétracycline	Flabelline

LAUMONIER et Coll. ont constaté à plusieurs reprises que la stérilisation du liquide céphalo-rachidien n'était obtenue qu'après un traitement de plusieurs jours.

Chez notre malade, en traitement triple

(	Pénicilline
	Streptomycine
)	Chloramphénicol

reçu pendant cinq jours n'a pas empêché les cultures du liquide céphalo-rachidien prélevé après cette période de pousser.

Pourtant, à l'antibiogramme, le germe s'est révélé sensible à ces antibiotiques.

Ce n'est qu'avec le traitement

4 g. Tifomycine
4 g. Flabelline intraveineuse

que les germes ont disparu du liquide céphalo-rachidien.

LAUMONIER et Coll. ont également remarqué qu'une mise en oeuvre, excessivement précoce du traitement antibiotique était nécessaire pour avoir les meilleures chances de succès.

Dans notre première observation, le traitement appliqué tardivement a été inefficace.

Dans la seconde, le malade a reçu dès le lendemain de l'apparition des premiers symptômes des antibiotiques.

Il est permis de penser que cette antibiothérapie précoce, même si elle a dû être modifiée par la suite pour obtenir la guérison, a néanmoins empêché une évolution plus grave pendant la première semaine de la maladie.

Ainsi, une thérapeutique antibiotique appropriée à chaque cas, selon les données de l'antibiogramme, et appliquée le plus précocement possible, permet-elle de guérir actuellement un grand nombre de listérioses méningées.

CONCLUSIONS

Nous avons rapporté deux observations de méningites à listéria monocytogènes survenues chez des adultes âgés respectivement de 59 et de 48 ans.

Dans la première observation, la maladie a pris très rapidement une allure grave, puisqu'après 4 à 5 jours d'évolution, le malade était dans un état précomateux.

Vu à ce stade, il présentait un syndrome méningé typique et la ponction lombaire a ramené un liquide louche dont la culture a permis d'isoler listéria monocytogènes. La thérapeutique instituée trop tardivement n'a pu empêcher l'évolution d'être fatale.

Dans la deuxième observation, le début de la maladie a été brutal avec céphalées, vomissements, fièvre. Dès le lendemain, le malade a reçu Pénicilline, Streptomycine, Chloramphénicol. Après une amélioration passagère, un syndrome méningé typique s'est constitué. La culture du liquide céphalo-rachidien a permis d'identifier le germe et de pratiquer un antibiogramme.

Le traitement associant 4 g. de Chloramphénicol per os et 4 g. de Flabelline intraveineuse a amené progressivement la guérison sans séquelles.

Dans les deux cas, l'enquête épidémiologique n'a pas apporté d'éléments concluants.

Situant les méningites à listéria dans le contexte plus général des listérioses humaines, nous avons fait une revue de la littérature qui nous a permis d'en étudier les principales caractéristiques.

Les formes nerveuses et méningées comparables à celles que nous avons observées représentent environ 33 % des formes décrites.

Cliniquement, elles se présentent comme des méningites avec ou non participation encéphalitique, prenant très rapidement un caractère grave. Le diagnostic ne peut être fait qu'après isolement du germe dans le liquide céphalo-rachidien mis en culture. Dans de rares cas, le liquide céphalo-rachidien est clair; c'est alors qu'une hémoculture positive prend toute sa valeur.

Un antibiogramme permet de choisir les antibiotiques les plus appropriés, qui, s'ils sont administrés suffisamment tôt, amènent assez souvent la guérison.

A côté de ces formes, il faut surtout insister sur les formes frustres ou inapparentes surtout rencontrées chez la femme enceinte. Elles sont alors causes d'avortement, de mortalité foetale, ou responsables de la naissance avant terme de nouveaux-nés atteints de septicémie listérienne dont nous avons vu la gravité.

Un traitement entrepris au stade d'infection maternelle entraînerait la plupart du temps la guérison et éviterait alors les redoutables complications foetales ultérieures. Mais le diagnostic en est très difficile et seule des réactions sérologiques systématiquement pratiquées devant tout épisode fébrile qui ne fait pas sa preuve chez la femme enceinte pourraient permettre de les dépister.

Enfin, l'on peut voir des atteintes pharyngées, conjonctivales et récemment un cas de péricardite a été publié.

Du point de vue anatomo-pathologique, le nodule listérien rencontré dans les organes atteints est considéré comme spécifique par de nombreux auteurs.

Au point de vue épidémiologique, il s'agit d'une maladie commune à l'homme et à l'animal (anthropozoonose) et l'on considère que l'origine de la maladie humaine est animale. Mais les modes de transmission du germe sont mal connus. Certains auteurs admettent l'existence de porteurs de germes sains qui pourraient jouer un rôle dans la transmission de la maladie.

L'existence de vecteurs tels que mouches, moustiques reste encore du domaine de l'hypothèse.

Le traitement repose uniquement sur l'antibiothérapie, le choix des antibiotiques se faisant d'après les résultats de l'antibiogramme pratiqué sur le germe isolé après culture du produit pathologique. Mais, pour avoir les meilleures chances d'amener la guérison, il faut que le traitement soit entrepris le plus précocement possible.

C'est donc dans le domaine de l'épidémiologie qu'il reste le plus de connaissances à acquérir. D'où la nécessité d'enquêtes extrêmement poussées autour de chaque cas pour essayer d'éclaircir les nombreux points obscurs qui subsistent encore.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur P. MOLLARET

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

AGEICHENKO (M D), GUL'KEVICH Leev.

Listériose chez les enfants nouveaux-nés
(Diagnostic morphologique) A R K hl. Pat 24 : 17-23 1962

ALEX et POTEL

Listériose und Schwangerschaft,
Geburt und Franenh. 1953, 13, 651

ALEX R.

Etude du méconium chez le nouveau-né.
Geburt und Franenh. 1960, 20, pp 599-602

BAKER CC, FELTON D.G., MUCHIORE H.G. :

Listérioroses. Refort of 5 cases.
Amer. J. Med. Sciences, 241, Juil.1961. pp 739-43

BARROW (C.I.) PUCCLE (R.S.)

Listériose méningitis in the newborn.
J. Bact. Path. 1958, 71, 1.

BASSOE (H.H.) GLUCK (E) NORK (T)

Méningo-encéphalite à listéria de l'enfant.
Nord Méd. 1959 pp 61-5 (STOKHOLM)

BEARNS (R.E.) GIRARD (K.F.)

On the isolation of Listéria Monocytogènes from biological
specimen.
Amer. J. Med. Tech. 1959 pp 120-126.

BECK (A)

Listériose
Praxis (1961) 49 pp 1306-1308.

BENAZET (F), SOHIER (R), BONJEAN (M)

Les encéphalites listériennes suppurées, forme rare de la
listériose humaine.
Presse Mod. 1957 65, 94

BENAZET (F), BONJEAN (M), COLOBERT (L), SOHIER (R)

Encéphalite listérienne suppurée avec liquide clair et
aseptique.
Soc. Méd. Hôp. de Paris 1957, 73, 1.

BERGMANN (P) KJELLANDER (J), THUNEL (G), ZETTERGEN (L)

Listériose et grossesse
Svenk läk. Tidn 1960 57 pp 24-32

BERRY (J.F.)

Listéria Monocytogènes Méningitis
U.S. Force M J I 1950 p. 894-7

BETTECKER, BRINCKAU

Ar. Kind. Stuttgart 1955, 151, 2, pp 170-174.

BETZ (A)

A propos de deux cas de méningite à listéria au Luxembourg.
Bull. Soc. Méd. Luxembourg 1959 96, I pp 7-12

BINDER (M.A.) DIEH (C) WEISS (J)

Listéria Méningitis. ANN. Int. Méd. 1953, 38, pp 1315-19.

BOENELMAN (M)

Case report of an infection with listéria monocytogènes in
a newborn baby.
Maanscht voor Kind. Haarlem 1956 24, 2, pp 60-64

BOMIER (N)

Positive sérological listériosis finding in various disease
types.
Kind Aert. Prax. 1959, 27, pp 277-84.

BRANDT (C) BERG (B.A.)

Méningite à listéria chez un adulte.
Nord. Méd. (Stockholm) 1959, pp 61-65.

BRET (A.J.) GODLEWSKI (S) VALENTIN, SOLIE, KOCHNEVIS COUPE

Infections à listéria
Gaz. Méd. France 1960, p 1717-1722.

BRET (AJ) COUPE (CL) SOLIE (R) THIBAUT (P)

Méningite à listéria monocytogènes du nouveau-né. Un cas de
guérison.
Arch. F. de Pédiatrie 1957, 14, 298.

BRET (AJ) DURIEUX (R)

Infections maternelles et néo-natales à " Listéria Monocyto-
gènes ".
Presse Médicale, 68, n°53, pp 2031-32. 1960.

BRET (AJ) VALENTIN, LESTAPIS

Septicémie à listéria monocytogènes chez une femme enceinte et
suivie d'avortement.
Rev. Fr. Gyn. Obst. 55. 1960 pp 143-7.

BRETON (A) BEERENS, BOUTER et DUPUIS

Contribution à l'étude des listérioses infantiles
Gazette des Hôpitaux 1959, 3, 75.

BROZ (O), CIKAULK (M) PUR (J) JIKMUNDOVA (V)

Listéria méningo-encéphalitis in adult woman
Cas lek les 1960, 99 326-330.

BRODSKII (GV)

Morphological changes in congenital listériosis
Akoesh Ginck 37 pp 103-5 1961.

BUSENKOWA (LA)

On a method for the préparation of listéria Antigen for
indirect hémagglutination réaction.

BURN (CC)

Clinical and pathological features of infect caused by the
pathogen of the germes listerella.
Am. J. of Path. 1936, 12 pp 341-46.

CLAYPOOL (BW) WELLMANN, NEEDHAM, ACHOR

La méningite à listéria monocytogènes. Brève revue de la
littérature et une observation.
Proc. Staff Meet. Mayo Clinic 1960, 35, 21 pp 609-14.

CHRIST (P) SCHIESSL (R) SCHOOP (G)

Observations cliniques et bactériologiques de 4 sujets
présentant une méningo-encéphalite à listéria.
Deutsch Arch. Klin Méd. 207, 1961 223-38.

COLAGIURI (P.M.) LESLIE (C.J.)

Listéria Monocytogènes infection in children.
New-York J. Méd. 61, pp 2110-12 Juin 1961.

CORBINEAU (J.P.)

Contribution à l'étude de quelques problèmes posés par les
infections humaines à listéria monocytogènes. A propos d' un
cas de méningite de l'enfant.
Thèse Paris 1961.

COTONI (C)

A propos de bactéries nommées listerella.
Rappel d'une observation ancienne de méningite de l'homme.
Am. Inst. Past. 1942, 68, p 92.

COULOMBIER (G)

Un cas de méningite à listéria monocytogènes : les listérioses
humaines.
Thèse Paris 1955.

COUTEL (Y) RICHIER, JEZEQUEL (L) BERNARD (L)

Méningite du nouveau-né à listéria.
Path. Biol. 8, Juillet-Août 1960, p 1437-41.

CURCHOD (A) GRANDGUILLAUME (P)

La listériose en obstétrique : son diagnostic et son traitement
Thérap. Umchau (1961) 9, p. 352-353.

DELORE (P), PELLET.

A propos d'un cas de méningite à listéria chez un homme de
81 ans.
Lyon Méd. 1960, 92, p 625-33.

DELTA (BG) SCOTT (RB) BOOKER (CR)

Méningite à listéria chez le nouveau-né.
Rapport de 2 cas et revue de la littérature.
Méd. Am. DC 30 329-34 Juin 1961.

DELTA (BG), PINKEL (D)

Listériososis complicating Acute-Leukemia.
Rapport of a case.
I. Pédiat. Févr. 62 60 pp 191-94.

DUMAS

Bactériologie Médicale.
Coll. Flammarion pp. 477-83.

DUMONT (C), COTONI (L)

Bacille semblable au Rouget du porc rencontré dans le L.C.R.
d'une méningite.
Ann. Inst. Past. 1921, 35, pp 625-33.

DUNCAL (N)

Listériososis in four siblings
Lancet 2 pp 513-516 2 sept. 1961.

DURIER (R)

Contribution à l'étude des listérioses du nouveau-né;
à propos d'un cas de guérison de méningite à listéria mono-
cytogènes.
Thèse Paris 1959.

ECK (H)

Encéphalomyelitis listériaca apostomosa.
Schw Méd. Wschr 1957, 87, p 210.

EHRNER (L), WETTERBERG (L)

Péricardite à listéria chez l'homme.
Svensk lakartidu 58 pp 1784-91 16 Juin 61.

ENJALBERT (L) BARDIER (A) COMBES (B)

Quatre observations récentes de méningites à listéria monocytogènes.

Pres. Méd. 1957 65 1167.

ENJALBERT (L), ANDRIEU (C), DELFE (M)

Une observation de méningite à listéria monocytogènes.

Soc. de Méd. et de Ch. de Toulouse 25/3/57.

ENJALBERT (L), RAYNAL (M)

Méningite à listéria monocytogènes (2 observations)

Toulouse Médical 1956, 57 I, p. 57.

ERDMANN (G)

Listériose und Frühgeburt.

Deutsche Méd. Woch 1953, 78 pp 813-15.

ERDMANN (G), POTEL (J)

Listériose der Neugeborenen . Granulomatosis infantiseptica, bisher die sogenannte. Pseudotuberkulose bei argyrophilenpsis.

Zeis. für kinder 1953 73, 113.

ERDMANN (G), SANDER (M), SCHILL (H), SIMON (C).

Berträge zum krankheitbild der neugeborenen listériose.

Annales Pédiatrici 1958, 190 p.147.

ERDMANN (G)

Listériose im Kindesalter.

Ann. Pédiatrici (1961) 197, 1 pp 66-79.

FREDERIKSEN (W), CHEVITZ (K)

An aente fatal case of listéria méningoencéphalitis.

Vgeskr laeg. 1960, 122 pp 136-137.

FRICKE (G)

Contribution à la listériose du système nerveux central.

Z ges. inn. Méd. 16 : 561-5 1/7/61

FRIEDMANN (ME), ROESSLER (WG)

Growth of listéria monocytogènes in de fined média.

J. Bart. 82 pp 528-33 Oct. 1961

FUZI (M), PILLIS (I)

Préparation d'un antigène O stable de listéria monocytogènes.

J. Bart. 81 pp 155-6 Janvier 1961.

GAGNON (J) MARTINEAU (B)

Méningo-encéphalite à listéria monocytogènes.

Présentation d'un cas.

Ann. Ana. Path. 1959 6 pp 91-108.

GALUSKA (J)

A propos d'un problème de l'inspection des viandes provenant d'animaux atteints de listériose.

Méd. Weteryn. 17. pp 611-13 Oct. 1961.

GANDIDE (A) VERGARA (C)

Méningo encéphalitis caused by listéria monocytogènes.
History of a case.

Biol. Méd. Hosp. Infants (Mex.) 1960. 17 pp 394-401

GANTIER (J)

Les infections humaines à listéria monocytogènes.

Revue du Pratic. 1958. VIII, 30 pp 3481-85.

GERBAULT (P), HELLUY (S.R.), LORRAIN (S), BURDIN (SC), PAUL (A),
JEANDIN (F).

Méningite à listéria monocytogènes.

Revue Méd. de Nancy 1960. 85 pp 560-565

GIRARD (KF), CAVIN (NF)

Listériososis in the newborn.

J. of Path and Bact. London 1957, 74, I, pp 93-102.

GUENDISCH (M), PESZT (F)

A histo-clinical study of the liver of listéria monocytogènes infected rats.

Rev. Sc. Méd. (Buens) 5 pp 165-68 1960.

GULLBERG (S), JENELIUS (H), KAHN METER (O)

Trois cas de méningite à listéria monocytogènes.

Swen. läk. Tidn 1960 57 pp 2117-22.

HAGEMAN, SIMON, BIENENGRABER

Die listériose der frühgeburter.

Zent f. all. Path. 1953, 90, p 17.

HAUDUROY (P), ROSSET (W)

A propos d'observations de listérioses humaines observées en Suisse.

Path. Microbiol. 23 1960 pp 727-30.

HARVIER (P), LAVERGNE (CH), CLAISSE (R)

Infections humaines à listériella monocytogènes.

Paris Méd. 1943, 19, pp 125-31.

HINRICHS (G)

Contribution to listériososis in newborn infants.

Méd. Klin. 55, pp 217-220 Février 1960.

HOLL (KM), SEELIGER (HP)

On antibiotic and sulfonamide sensitivity of listéria monocytogènes. Résultats of in vitro studies and a littérature survery.

Aersth Forsch. 16, I, pp 44-52. 1962.

HOOD (M)

Listériosis : Report of ten cases.

Ann of chir. Path. Baltimore 1957, 28, 1.

HOOD (M)

Listériosis as are infection of fregnancy manifested in the newborn.

Pédiatries 27 p.390 Mars 1961.

INCHAU (C), CUBELO (A), MARQUEZ (W)

Listéria monocytogènes in Cuba

Habana Arch. Méd. tuf. 1959, 28, pp 118-25.

ITO et Coll.

Un cas de méningite à listéria monocytogènes.

Le premier cas rapporté d'infection humaine au Japon.

Jap. J. Micr. 1959, 3 pp 319-29.

JARRIAU (Ph), CAMUS (E), HAREL (L)

La Roche sur Yon. La listériose du nouveau-né.

A propos d'une observation nouvelle .

Ouest Médical 1958, pp 757-63.

JASINSKA (S), WACHNIK (Z)

Hémagglutination properties of histeria monocytogènes strains.

Méd. Dosw. Mikrobiol. 1961 13 pp 43-45.

JOHNSTON (WH), MORTON (SA), NOUG (MH), RUY (TE)

Septicémia of the newborn dree to listéria monocytogènes.

Canad. Méd. Ass. J. Toronto 1955, 73, pp 402-5.

JORDAN (CS), THOMAS (HC)

Listéria isolated from patient with congénital heart disease.

Texas state J. of Méd. 1959, 55, 7, pp 585-87.

JULIANELLE

Biological and immunological studies of listerella.

J. of Bact. 1941 42 pp 367-83.

JULIANELLE, MOORE

Pathological changes in listérella infection particularly to te eeges.

Ann. I of Path. 18 pp 813-26.

KAHRST, WEISERT (O)

Méningo-encéphalite causée par listéria monocytogènes.
Kskr Norske Laegeforen. 1957, 77, 6.

KAIJSER (K), MALMSTROM GROTH (H).

Listériose : un nouveau cas chez l'enfant.
Svensk läk Tidn 1960, 57, pp 792-95.

KAMPELMACHER (EH), NOORLE JANSSEN (M Van).

Listériose chez l'homme et l'animal dans le Netherlands de
1956 à 1960.
Méd. T. Geneesk 105 pp 1317-19 8/7/61.

KAPLAN (M.H.)

Listerellosis.
New England J. Méd. 1945, 232 pp 755-59.

KEPLER (Mo)

Listerella meningitis in Infancy.
A report of two cases.
Arch. Ped. New-York 1958, 75, pp 413-20.

KISSEL (P), RAUBER (G), DEBRAY (G), GILGENKRANTZ (J.M.), BURDIN (J.C.)

CHEIRIER (F)

Formes méningées de listériose humaine.
A propos de 2 cas.
Rev. Méd. Nancy, 85, Juin 1960 pp 551-60.

KOPAC (Z), URBANKE (A)

Contribution à la connaissance de la listériose.
Rev. Méd. Fak. Zagreb. 9 pp 5-35 1961

KORN (RJ) YAKULIS (VJ) LEMKE (LE), LOUET (B)

Cold Agglutinin in listéria monocytogènes infektion.
Chicago, Arch. of Int Méd. 1957, 99, 4 pp 573-80.

KOSCKI (Y), HIRATA (W), UCTAKE (H)

An autopsy case of granulomatous infantile-septic listeriosis.
Acta. Path. Jap. 9 (supp) 995-1004 Nov. 1959.

KRISTENSEN (KH), JESSEN (O)

Revue des listérioses humaines au Danemark.
Wgeskr laeg 1960. 122 pp 127-35.

LAPEYSSONNIE (L)

Listerie et listériose : données récentes de biologie et
d'épidémiologie.
Biologie Méd. Mars 1959. pp 99-109.

LARSSON (J)

Occurence of listéria infection in Sweden.
Svenske läk Tidn 1960, 57, pp 37-43.

LAUMONIER, ROBIN, MASSIF, FORTHOMIE, MAGARD, STEWART.

L'anatomie pathologique des listérioses humaines.
Arch. Ana. Path. 1962, 10, p A 7.

LE HEMBRE (J), HUYGHEBEART (G)

Listériose
Belg. T. Geneesk 17 : pp 15-22 1/1/61

LELONG (M)

" La listériose du nouveau-né ".
J. Pédiatriques de Paris 2 - 3/4/1960 p.205-212

LIBRACH (IM), SETH (RK)

Human listerial meningitis
J. Clin. Pathol. 1961. 14 p. 193-95.

LINE (F.C.), APPLETON (F.G.)

Listéria meningitis in a premature infant.
J. Pédiatr. U.S.A. 1952, 41, I p.97-99

LIU (P.V.), BATES (J.L.)

Une toxine hémorragique extra-cellulaire produite par listéria monocytogènes.
Canad. J. Microbiol. 7 p.107-108. Février 1961.

MAC CABE (P.M.), LESLIE (C.J.)

Infections à listéria monocytogènes chez les enfants.
New York J. Méd. 1961 p.2110-12.

MAC KINNON (D), SWITHINBANK (J.M.)

Meningitis due to listéria monocytogènes.
Lancet 2 : pp 516-17 2 Sept. 1961.

MAIN de BOISSIERE (A), TOURRIS (H) de, BAILLY (F), BECHERAS

Méningite néonatale à listéria monocytogènes.
Arch. Franç. Pédiat 18 : pp 99-103 Janvier 1961.

MARTINEVSKII (J.L.)

On listeriosis in Rombonys and meriones méridionus
Zu Mikrobiol. 32 pp 85-91 Mai 1961

MILLER (CL), LEVITSKY (DA), SCOTT (ES)

Méningite à listéria monocytogènes.
Delaware Méd. J. 34 : p 37-40 Février 1962.

MONNET (P), GAUTHIER (J), BONNEFOY Mme.

Listériose nodulaire disséminée du nouveau-né.
Semaine des Hôpitaux. Ann. de Péd. 1960. N° 76-77 p.401-403.

MOORE (S), WITHIORE (D.N.)

Case of listéria méningistis.
Brit. Méd. J. (1960) 5212 : pp 1572-73.

MOPPERT

An additionnal observation an granulomatosis listériose infantiseptica.

Schweiz Méd. Wschr 91 pp 784-86 Juil. 61

NEIMAN (N), PIERSON (M), LASCOMBES (G), CENTIN (G), DUC (M).

Méningite à listéria monocytogènes du nouveau-né.
Semaine des Hôp. Ann. Péd. (1960) 88 pp 472-75.

NYSTROM (KS), KARLSON (KA)

Sensibilité in vitro de listéria monocytogènes à différents antibiotiques et thérapeutiques chimiques.
Acta. pédiat. 50 pp 113-16 (Mars 1961).

OLDIND (L), PHILIPSON (C)

Two cases of listériosis in the newborn associated with placental infection.
Arch. Path. Microb. Scand. 1960, 48. p.24

PACHECO (G), DIAS (V), GONDIM (A)

Un cas de listériose humaine.
Rev. Brasil. Méd. 17 : pp 943-45. Nov. 1960.

PARR (F)

Listériose et maladies hépatiques chroniques.
Méd. Welt 1960 12 p.614.

PETERSEN (KF), MARGET (H), CREFELD (W)

Die listériose des Menschen
Münch Médiz. Woch. 1959, 101, p.2103.

PORGEOT, TRICHE, STARRH et LAMY

Premier cas de listériella animale observée en France.
Ac. Vétérinaire 1941, 14 p.145.

PORNANSKAIA (La)

On the problem of listerial polymorphisme.
Zn Mikrobiol. 32 pp 124-29 Mars 1961.

POTEL (J)

Zum épidémiologie der listériose des neugeborenen (granulomatosis infantiseptica).
Dtseh ges Wesen 1954 9, 3, pp 92-95.

POTEL (J)

Über die listériose
Médiz. 1956, 5, pp 977-982.

PROST (H.F.), PAUL (H), SEELIGER (H.P.)

Avortement habituel et listériose.
Deutsch . Med. Wsch. 1958 83, 43 pp 1893-97

QUELIN (J)

Sur un cas de méningite humaine à listériella monocytogènes.
Thèse Paris 1947.

RABAU (E), DAVID (A)

Importance de la listériose comme cause d'avortement spontané
et répété.
Harefnah 1962 p.41-43.

RADIM (V), BENDE (R)

Listérellose congénitale des nouveaux-nés.
Péd. List. Prague 1954, 2 pp 107-116.

RAPPAPORT (P), RABINOVITZ, TOAFF, KROCHIK

La listériose génitale. Cause d'avortements répétés.
The lancet (1960) 1, 7237 p.1273-75.

REYMOND (A), BOZIC (C), GRANDGUILLAUME (P)

La listériose à propos de deux observations de listériose
foetale et néonatale.
J. Suisse de Médecine 1959. 19 p.495.

ROBIN(LA), LAUMONIER (R), FLEURY (J), MAGARD (H), VAUDOUR (P),

GREZE (A), DE MENIBUS (C), FORTHOMME.

Contribution à l'étude des listérioses humaines :
A propos de six nouveaux cas.
Press Méd. 1960, 68, 44 pp 1617-20.

ROBIN (L.A.) MAGARD (H)

Contribution au diagnostic bactériologique de la méningite
provoquée par listéria monocytogènes.
Ann. Inst. Pasteur 99 : pp 905-915 Déc. 1960.

ROSSLER (W.G.), KAUTTER (B.A.)

Modifications to the henderson apparatus for studying air-
borne infection. Evaluations using aerosols of listéria
monocytogènes.
T. Infect. Aeg. 110: pp 17-22 Janvier-Février 1962.

RUSSEL (M)

Listériose.
Méd. T. Geneesk 105 pp 1320-25 Juil. 1961.

SAURAT (L), LAUTIE (R)

Sur l'étiologie de la listériose en pathologie comparée.
Concours Méd. 83 pp 3757-66 (1/7/61)

SEELIGER (H.P.)

Listériose. J.A. Barth. Verl. Leipzig 1955.
On the significance, diagnosis and therapy of human listeriosis.
Landarzt 37: pp 1100-1104 10 Oct. 1961.
Listériose. Beitrage zur hygiene und epidemiologie.
J.A. Barth Leipzig 1958.

SEELIGER (H.P.), CHERRY (N.B.)

Human listeriosis. US Département of health communicable
disease center. Atlanta Georgie 1957.

SEELIGER (H.P.), BECKER (J)

Listéria méningitis. Pédiatries 55. 16. p 500.

SEELIGER (H.P.), PLAB (M. del C.) SULZBACHER

Production and therapy of subacute and chronic listeriosis
in experimentally infected mice.
Antimicrob. Agents 1960 pp 240-50.

SCHMIDT (W), NAIER (L)

Méningo-encéphalite à listéria monocytogènes chez un homme
de 46 ans.
Méd. Welt 40 : pp 2051-54 7 Oct. 1961.

SILVERMAN (S.J.), ELWELL (L), KAUTTER (D.C.)

A mortality embracing extract from listéria monocytogènes.
J. immun. 86 pp 669-74. Janvier 1961.

SOHIER (R)

Encéphalite listérienne.

SOREL (M)

Un cas de guérison d'une méningite à listéria.
Comm. Orale Soc. Péd. 28 déc. 56. Sur le nourrisson.
1957. 4 p.200.

SOREL (P)

Listérioses humaines et animales et insémination artificielle.
Rev. Path. Gen. 60 p.589-96. Avril 1960.

SWORD (C.P.), PICKET (M.J.)

Isolement et caractérisation de bactériophages provenant de
listéria monocytogènes.
J. Gén. microbiol. 25 pp 241-48 Jan. 61.

TIMOFEEVA (AN), KASHKAROVA (TK), GRIBANOVSKAIA (Eia)

On the features of listerial psychosis.
Zh neuropat. Psikhiat. Korsakov 61. 739 pp 46-61.

TONJUM (A), SOMMERCHILD (HC)

Listériose périnatale.

T. Norske lagefarm 81 pp 1142-44 15/9/61.

URBANNEK (D)

A contribution to experimental listériosis in laboratory and domestic animals.

Susceptibility of laboratory rodents to listéria monocytogènes.
Arch. exp. Vet. Med. 15 p. 542-46 (1962).

VOILQUE (G)

Contribution à l'étude des infections humaines à listéria monocytogènes.

Lyon. Imp. gén. Lyonnaise 1959.

WAKABAYASKY (Y), KUSUZAKI (H), IBATTA (Y)

Un cas de méningite listérienne.

Niigata Méd. J. 75 : p 1378-82 (Nov. 1961).

ZANCAGLIA (O), FUREZ (S), BUCCI (G)

In un case di listériosi umane néonatale batteriologicamente accertata.

Ball. dell Inst. Milanèse 1958. 37. II pp 513-19.



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS - V •

Téléphone : ODÉon 58-90